

Reviewed for compliance by:

Staff Signature

Date: _____ Exemption: Yes No
(see back)

Arabic

Certificate of
Immunization Status

Page 1 of 2

شهادة كسب مناعة القاح

يتطلب قانون ولاية واشنطن WAC 246-100-166.6a إكمال ملف شهادة كسب مناعة القاح من قبل كافة الأطفال في المدرسة أو الحضانة. تظهر الجداول أدناه اللقاحات التي يجب أخذها وتاريخ أخذها. الرجاء إكمال الإجابات باللغة الإنكليزية.

تاريخ الولادة	الجنس	ذكر <input type="checkbox"/>	الاسم الأوسط	الاسم الأول	اسم العائلة
شهر اليوم العام	أنثى <input type="checkbox"/>		رقم الهاتف	اسم الوالداني الأمر	

نوع لقاح	الكمية	تاريخ اللقاح		
		العام	اليوم	الشهر
DTaP/DTP/DT/Td الديفتيريا الكزاز السعال الديكي	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
POLIO عن طريق الفم OPV عن طريق الحقن IPV	1			
	2			
	3			
	4			
HIB (Haemophilus B) نوع الانفلونزا	1			
	2			
	3			
	4			

نوع لقاح	الكمية	تاريخ اللقاح		
		العام	اليوم	الشهر
MMR السعال الديكي الكزاز الديفتيريا	MMR	1		
	MMR	2		
	MMR			
	MEASLES			
	MUMPS			
RUBELLA				
HEP B التهاب الكبد (HBV)	1			
	2			
	3			
لقاحات أخرى				

أشهد أن كافة المعلومات صحيحة ويمكن التحقق منها

التاريخ

توقيع الوالدين أو ولي الأمر

X

المتطلبات اللقاحية للتسجيل في المدارس أو الحضانة *

اللقاحات مدرجة أدناه حسب الأعمار المناسبة . تشير الخلايا المظللة إلى السن المناسب للقاح.

Arabic

Certificate of
Immunization Status

Page 2 of 2

العمر اللقاح	الولادة	2 شهر	4 شهر	6 شهر	12 شهر	15 شهر	18 شهر	4 - 6 سنة	11-12 سنة	14-16 سنة
التهاب الكبدB**	Hep B - 1				Hep B - 3					
		Hep B - 2								
الديفتيريا, الكزاز, السعال الديكي		DTP	DTP	DTP	DTP أو DTaP شهراً +15 عند سن		DTP أو DTaP	Td **		
H.انفلونزا نوع B		Hib	Hib	Hib	Hib					
شلل الأطفال		Polio	Polio	Polio			Polio			
الحصبة، أبو كعب، الحصبة الألمانية					MMR			MMR أو MMR		

* تم توصية الجدول أعلاه في 1 كانون الثاني 1995 من قبل لجنة ممارسة التلقيح الاستشارية و الأكاديمية الأميركية للأطفال و الأكاديمية الأميركية لأطباء العائلة. تزود الملاحظات لهذا الجدول عن معلومات إضافية عن اللقاحات وعن تاريخ الحصول على هذه اللقاحات. كافة هذه المعلومات مطبوعة في كتاب إرشادي عن التلقيح للمدارس والحاضنات والتي يمكن الحصول عليها في معظم المدارس و مكاتب الصحة المحلية.

** بالرغم من وجود جداول تلقيح طبية أحدث، فإن جداول كانون الثاني 1995 هي الجداول الوحيدة المطلوبة من قبل قوانين كسب المناعة واللقاح في ولاية Washington. اعتباراً من أيلول 1997

بيان استثناء من اللقاح

ملاحظة:

يمكن استثناء طفلك من اللقاحات الطبية لأسباب شخصية أو دينية ولكن في حال انتشار مرض قابل للوقاية من قبل اللقاح ولم يتم تلقيح طفلك ضد هذا المرض، سيتم إبعاد طفلك من المدرسة أو الحضانة حتى نهاية انتشار المرض.

استثناء طبي	
أشهد أن الطفل المسمى في هذا الطلب مستثنى طبيياً من اللقاحات التالية:	
_____ حتى _____ التاريخ	_____ اللقاحات
_____ التاريخ	_____ اسم الطبيب
_____ توقيع الطبيب	

استثناء شخصي	
أنا أعارض اللقاح وأنا على علم أنه قد يتم إبعاد طفلي عن المدرسة خلال انتشار مرض ما.	
لا أريد لطفلي الحصول على اللقاحات التالية:	
_____ اللقاحات	
_____ التاريخ	_____ توقيع الوالدين أو ولي الأمر

توثيق اللقاحات	
أشهد أن لدى الطفل المسمى أعلاه إثبات لقاح ضد الحصبة \ أبو كعب \ الحصبة الألمانية (الرجاء تعيين اللقاح)	
أرفق نتائج TITER	
_____ اسم الطبيب	
_____ التاريخ	_____ ختم أو توقيع الطبيب